

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gabriel-Marie SEYER

Né à Rouen, le 11 février 1899

LA

PORADÉNIE INGUINALE

SUBAIGUÉ

ET SES TRAITEMENTS

Président : M. CARNOT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1924

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNÉO.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale.....	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
	MARFAN.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies des enfants.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	JEANSELME.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TEISSIER.
Clinique des maladies infectieuses.....	DELBET.
	HARTMANN.
Clinique chirurgicale.....	LEJARS.
	GOSSET.
	De LAPERSONNE.
Clinique ophtalmologique.....	LEGUEU.
Clinique urologique.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
Clinique gynécologique.....	BROCA Auguste
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	VAQUÉZ.
Clinique thérapeutique médicale.....	SEBILEAU.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SERGEANT.
Clinique propédeutique.....	

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER....	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expériment ^{le} .
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER..	Urologie.
HOVELACQUE..	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL..	Obstétrique.
LHERMITTE..	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MCCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
RIBIÈRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils..	Physiologie.
ROUVIÈRE....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU...	Pharmacologie et ma- tière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS.....	Physiologie.
GOUGEROT....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.

RETTERER....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	Mm.
AUVRAY..... Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE. Clinique chirurgicale in-
CHEVASSU Clinique chirurgicale.	fantile.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.	PROUST Clinique chirurgicale.
LEREBoullet. Clinique médicale infan-	RATHERY..... Clinique médicale.
tile.	SCHWARTZ .. Clinique chirurgicale.
LÉRI Clinique médicale.	TERRIEN..... Cliniq. ophtalmologique.
LÉPER Clinique médicale.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutués de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	
N.	
LEDOUX-LEBARD.....	
	Stomatologie.
	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FIANCÉE

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX DE ROUEN

M. LE PROFESSEUR JEANNE (1918) (1921)

M. LE PROFESSEUR DEVÉ (1920)

A NOS MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A Monsieur le Professeur PAUL CARNOT

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Paris
Médecin de l'Hôpital Beaujon
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous inspira cette thèse et
nous fit l'honneur de la présider.*

AVANT-PROPOS

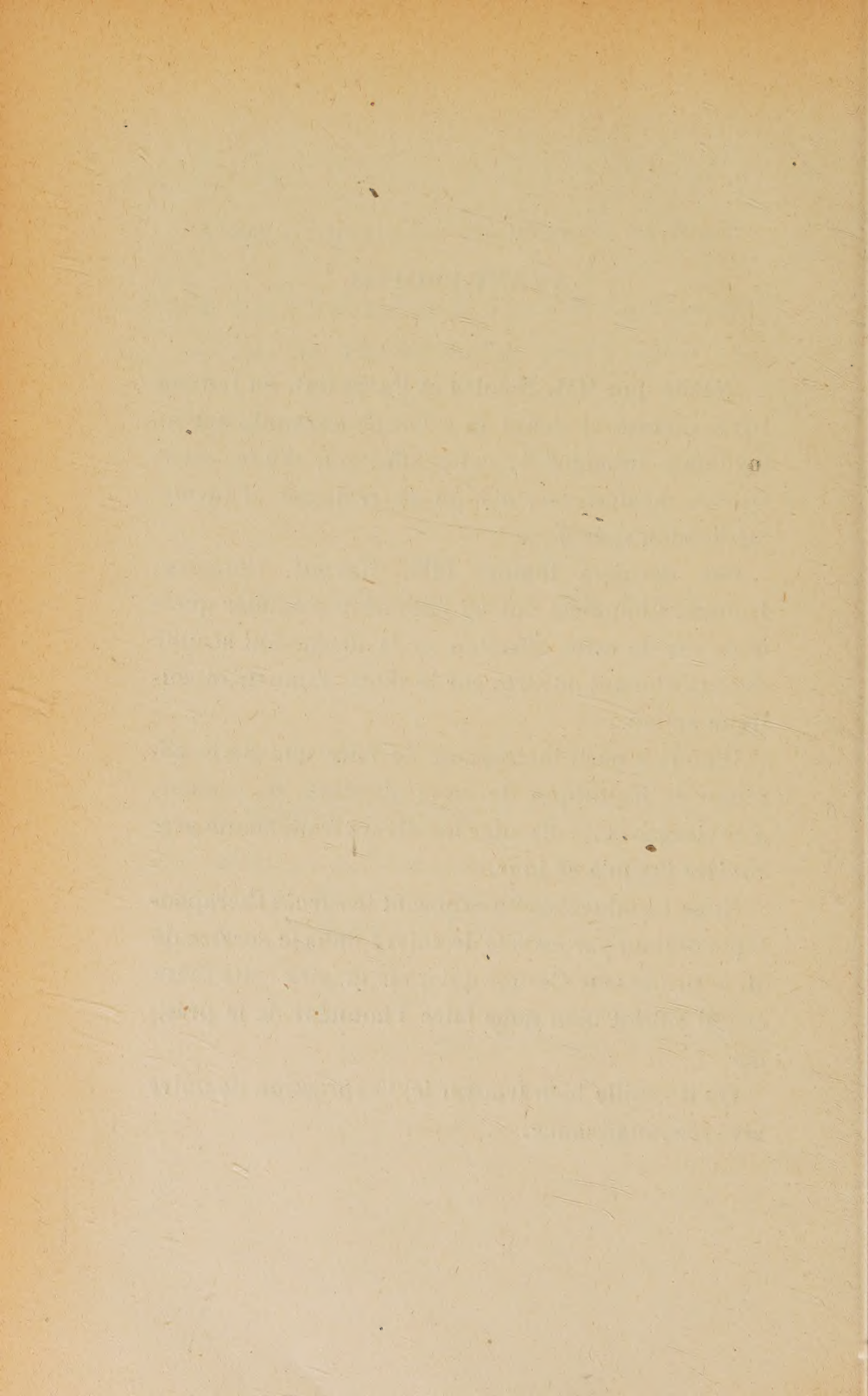
Depuis que MM. Nicolas et Favre ont, en janvier 1913, précisé et défini la « lympho-granulomatose inguinale subaiguë », cette affection, d'une cause encore mystérieuse, n'a pu se réclamer d'aucune médication spécifique.

Ces derniers temps, MM. Ravaut, Couppey, Dufour, Chauffard ont eu l'occasion d'étudier quelques cas de cette affection et la discussion semble dès maintenant ouverte sur le choix d'une thérapeutique active.

Il nous a paru intéressant de faire une étude clinique et historique de cette affection, et, surtout, d'envisager et de discuter les divers traitements préconisés jusqu'à ce jour.

Nous terminerons en exposant le succès thérapeutique obtenu par les sels de cuivre dans le service de M. le professeur Carnot qui nous inspira cette thèse et qui voulut bien nous faire l'honneur de la présider.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance.



LA PORADÉNIE INGUINALE

SUBAIGUË

ET SES TRAITEMENTS

CHAPITRE PREMIER

ETUDE CLINIQUE

Tout d'abord, et afin d'éviter la confusion possible avec la lympho-granulomatose maligne de Hodgkin, nous avons pensé qu'il était préférable d'employer le terme de « Poradénie inguinale » que certains auteurs ont proposé.

Début. — C'est une affection d'allure essentiellement insidieuse au début. Comme nous le verrons dans ce chapitre, l'évolution en est subaiguë. Son étiologie, qui fut l'objet de nombreuses discussions, est encore mystérieuse.

Quelquefois, à la suite d'une ulcération de la verge, d'un herpès génital, ou, comme aux dires de notre malade, à la suite d'une chute sur la région, le plus souvent d'ailleurs sans causes connues, il apparaît une petite tuméfaction inguinale. Rarement la douleur attire l'attention du malade ; ce n'est que la gêne de la marche ou simplement le hasard qui la décèle.

Cette adénopathie rarement unique, bien que souvent unilatérale, intéresse principalement, au niveau de l'aîne, le groupe ganglionnaire supéro-interne, celui d'ailleurs qui reçoit les lymphatiques des organes génitaux. Le groupe supéro-externe est souvent pris lui aussi ; les groupes inférieurs sont le plus souvent respectés.

Ces adénopathies ne sont pas complètement limitées aux ganglions de l'aîne ; elles remontent dans le bassin, et, très souvent, l'on perçoit de grosses masses ganglionnaires passant sous l'arcade crurale, ce qui d'ailleurs se présentait chez notre malade.

Ces réactions peuvent s'étendre aux autres ganglions et sont alors perceptibles au niveau du cou et surtout des épitrochlées (1).

Il est rare que l'on puisse sentir la mono-adénite primitive. Rapidement, le groupe ganglionnaire se prend en entier et l'on a une véritable tumeur ganglionnaire. Son volume peut varier de celui d'une noix à celui d'une orange.

A ce moment, la peau est normale et non adhérente à la tuméfaction. Bientôt, il existera de la péri-adénite qui immobilisera le paquet ganglionnaire atteint.

La palpation permet de percevoir dans la masse les différents ganglions lésés. Cette palpation n'est d'ailleurs que peu douloureuse.

Ce début ne s'accompagne que de phénomènes

1. Ravaut, Boulin et Rabreau.

généraux peu importants ; du moins, chez notre malade, la température s'éleva rarement au-dessus de 37°5 et il ne présenta que de la fatigue générale, sans frissons, ni inappétence.

MM. Ravaut, Boulin et Rabeau, dans une forme de poradéno-lymphite suppurée bénigne, ont relevé un état général mauvais, une température de 38 degrés à 38°5, des crampes, des douleurs osseuses et une augmentation de volume du foie et de la rate : il s'agissait, dans ce cas, d'une forme septicémique de poradénie suppurée bénigne.

En somme, la poradénie inguinale subaiguë, ancienne lympho-granulomatose subaiguë de Nicolas et Favre ne s'accompagne que de phénomènes généraux peu appréciables. La douleur est inconstante : le plus souvent, il ne s'agit que d'une gêne, lors des mouvements.

Période d'état. — Peu à peu, les adénopathies augmentent, se soudent. De place en place, la peau devient adhérente et la tumeur prend un aspect capitoné.

Sur les plans profonds, les ganglions s'immobilisent. La peau change d'aspect : elle devient rose, puis violacée. On perçoit alors une fluctuation. Celle-ci est souvent unique : on perçoit alors le point fluctuant, entouré d'une zone indurée.

La palpation devient plus douloureuse.

C'est généralement à ce moment que l'on découvre un ou plusieurs ganglions infectés au niveau des vaisseaux iliaques externes. Ces adénopathies de la

fosse iliaque ne dépassent pas le stade de crudité et disparaissent lors de la guérison des ganglions inguinaux.

Avec opiniâtreté, les lésions progressent. La peau cède et la suppuration s'établit : par un petit pertuis, entouré d'une zone violacée, il s'écoule une « matière granuleuse, gluante, visqueuse, quelquefois teintée en rouge lie de vin, se coagulant dans la pipette et rappelant le pus que l'on recueille dans les premiers stades des abcès du foie ».

Les orifices de suppuration peuvent être multiples et le pus visqueux s'écoule par plusieurs pertuis. La tuméfaction prend alors l'aspect dit en pomme d'arrosoir.

L'affection, dès lors, va rester stationnaire ou du moins elle ne s'accompagnera que d'une péri-adénite suppurée plus intense. La suppuration est interminable. Il n'existe aucune tendance spontanée à la guérison.

En général, on ne signale pas de complications. Le pronostic n'est jamais bien grave, mais la thérapeutique médicale semble ne pas encore avoir donné de résultats constants. Nombre de traitements ont été proposés.

Nous en ferons l'exposé et l'étude au cours de cette thèse.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

La poradénie inguinale est de définition récente. Avant la remarquable description de MM. Nicolas et Favre en janvier 1913, elle n'existait pas en tant qu'affection nettement caractérisée.

Des auteurs, avant 1913, avaient remarqué ces adénopathies suppurées interminables, mais en rendaient responsables la tuberculose ou le bacille de Ducrey. On les décrivait sous le nom d'adénites suppurées chroniques.

Chassaignac en 1859, dans son *Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical*, distingue dans l'adénite aiguë la forme extra-ganglionnaire avec péri-adénite prédominante et la forme intra-ganglionnaire. La première est classique. La seconde, qu'il appelle suppuration intra-ganglionnaire, évoluerait de la façon suivante. Dans un premier stade, le tissu ganglionnaire, facile à déchirer et à écraser, présente à la coupe un piqueté de points gris, jaunes ou blancs constitués par du pus mal élaboré. Ultérieurement se forment de véritables abcès par ramollissement et fonte purulente, se propageant du centre à la périphérie et transformant

les ganglions en une sorte de coque remplie de pus. Enfin le tissu cellulaire ambiant s'indure, le pus s'enkyste et se fait jour à travers la peau amincie et ramollie. On voit alors fréquemment dans cette variété de suppuration les lèvres circonscrivant la solution de continuité qui a livré passage au pus adhérer au ganglion et se renverser au dehors. Dans la description de Chassaignac, il n'est d'ailleurs pas fait mention d'adénite subaiguë, ce type d'évolution clinique rentrant pour lui dans le cadre des adénites chroniques.

Quelques années plus tard, Velpeau en 1865 dans l'article « Adénites » du *Dictionnaire* de Dechambre envisage l'abcès parenchymateux. Il s'agit, dans cette forme, d'abcès, peu volumineux, arrivant tard à maturité et donnant un pus très variable comme caractères. Il n'est toujours pas question d'adénite subaiguë.

En 1890, dans une clinique de Nélaton, nous trouvons une description plus précise. Nélaton détache du groupe des adénopathies ce qu'il nomme l'adénite subaiguë simple à foyers purulents intra-ganglionnaires. L'étiologie de cette adénite est presque toujours inconnue, la porte d'entrée mystérieuse ou insignifiante.

L'évolution est subaiguë, et, et laissée à elle-même, cette adénopathie se termine par le ramollissement et la fistulation. Les ganglions extirpés présentent à la coupe des foyers purulents, intra-ganglionnaires, plus ou moins nombreux, en général de petit

volume. Histologiquement, on ne relève que des lésions d'inflammation banale. Le plus sanieux ne montre pas de bacilles de Kock à l'examen bactériologique. Enfin l'absence d'antécédents personnels ou héréditaires, chez les malades, leur bonne santé habituelle, la guérison définitive sans accidents ultérieurs après l'extirpation ; tout dément la nature tuberculeuse de l'affection.

Ces idées, soutenues par Nélaton, se retrouvent dans la thèse de son élève L'Hardy et dans l'étude que Lejars en 1897 consacre à « l'adénite subaiguë et chronique simple » dans le *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus.

En 1901, Marion et Gandy, dans un travail sur l'adénite subaiguë, apportent des notions nouvelles. Après avoir montré l'allure clinique très spéciale de ces adénopathies, ils exposent longuement ce que les examens histologiques leur ont montré. On rencontre, sur les coupes, de larges foyers caséo-purulents, des amas d'éléments lymphoïdes, avec des cellules géantes. Le pus ne montre pas de micro-organismes dans les étalements, les cultures sont négatives, les inoculations au cobaye ne produisent que d'une façon très inconstante des accidents locaux ou généraux nullement caractéristiques.

En 1908, Pigeon et Tanton d'Alger isolent dans le pus de ces adénites des microbes très différents le pyocyanique une fois, le streptocoque assez souvent, le bacillus fluorescens putridus ou liquefaciens dans le plus grand nombre de cas.

Pendant toute cette période qui va de 1859 à 1913, la poradénie inguinale, en tant qu'affection spécifique a été soupçonnée.

Dans leur communication à la Société médicale des hôpitaux, MM. Durand, Nicolas et Favre de Lyon ont, le 6 février 1913, isolé nettement la lympho-granulomatose inguinale subaiguë. Leur description est maintenant classique. Gaté de Lyon dans sa thèse (1913) inspirée par Nicolas a bien décrit les symptômes et l'anatomie pathologique de l'affection. On s'accordait à lui donner une étiologie peut-être vénérienne bien que la porte d'entrée génitale n'ait pas toujours pu être relevée.

Depuis ces importants travaux de l'école de Lyon en 1913, l'orientation des intelligences médicales vers le soulagement des blessés et malades de la guerre, ne permit pas de poursuivre les recherches.

Le 4 mars 1921, MM. Ravaut et Scheilevitch attirèrent l'attention, à la Société médicale des hôpitaux, sur la fréquence inusitée de la lympho-granulomatose inguinale subaiguë. Dans un de leurs cas, ils ont relevé la présence sur la verge d'une très petite ulcération ronde, ayant environ 2 millimètres de diamètre, sans induration, ayant tous les caractères d'une lésion banale érosive, comparable à une vésicule d'herpès ulcérée. Il n'y avait pas de symptômes généraux appréciables. Leur malade ne présentait qu'une légère gêne de la marche. Son état fut amélioré par le néo-salvarsan.

Quelques jours plus tard, M. Favre expose les

résultats de ses recherches bactériologiques. Les cultures sur milieu à l'œuf apparaissent tardivement, une dizaine de jours après l'ensemencement et parfois plus tard. Leur examen montre qu'elles sont toujours constituées par des bacilles que l'on peut ranger en deux groupes : le premier comprend un bacille polymorphe, gardant le Gram, ressemblant au bacille diphtérique, mais beaucoup plus irrégulier que ce dernier, présentant fréquemment des renflements terminaux, des aspects de massue. Le deuxième groupe comprend des éléments qui par leur aspect se rapprochent beaucoup des stréptotrichées. A la longue, dans les cultures, les éléments de ce groupe présentent des formes très allongées et renflées. Aucun des éléments des deux groupes n'est acido-résistant. Il s'agirait donc ici d'une affection spécifique.

Quelques mois plus tard, M. Ravaut présente plusieurs cas de poradénie inguinale suppurée traités avec succès par le chlorhydrate d'émétine. En examinant entre lame et lamelle, le pus secreté par plusieurs fistules, il a constaté à côté de gros macrophages, la présence de grosses cellules ayant l'aspect d'amibes et qui, sous l'influence de la chaleur présentèrent des mouvements amiboïdes très nets. Ces amibes rappelaient plutôt l'*amœba coli* que l'*amœba dysenteriae*.

En 1922 paraît à Lyon une thèse de Phylactos, inspirée par M. Durand. Dans cet ouvrage, fort complet, de nombreux cas de poradénie inguinale sont étudiés.

La même année, MM. Dufour et Férrier présentent un malade atteint de poradénie inguinale et traité avec succès par l'émétine et l'iode. Dans ce cas, il n'y avait pas de porte d'entrée et les examens de laboratoire n'avaient montré ni microbes, ni amibes. Le cobaye n'avait pas été tuberculisé.

Un article de MM. Ravaut, Boulin et Rabeau isole une forme septicémique de paradéno-lymphite suppurée bénigne. Les symptômes généraux, dans cette forme, sont plus accusés que dans la poradénie inguinale subaiguë, telle qu'elle avait été décrite jusqu'alors.

A la séance du 7 juin 1922 du I^{er} Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de Langue Française, MM. Nicolas et Favre, rapporteurs, concluent que l'affection qu'ils ont décrite en 1913 et les bubons climatiques des pays chauds, tels que les conçoivent Muller et Justi, ne sont qu'une seule et même maladie, s'observant dans les climats tempérés comme sous les tropiques, quoique avec cependant une fréquence moindre. Ils décrivent un chancre d'inoculation, ulcère vénérien adénogène. Ils la nomment « la quatrième grande affection vénérienne ».

Si, comme on le voit par cette historique, on a pu caractériser et isoler la poradénie inguinale, nous verrons combien la thérapeutique en est délicate. Existe-t-il un médicament spécifique ? Nous allons maintenant discuter cette question, sans d'ailleurs pouvoir lui donner une réponse catégorique.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

A. — Traitement chirurgical

Ce fut le traitement que conseillèrent MM. Nicolas et Favre en 1913, quand la suppuration persistait, abondante.

A ce sujet, les avis des différents auteurs, qui ont étudié la question, sont assez partagés.

Nélaton et L'Hardy préférèrent la simple incision avec curettage du foyer abcédé. On pourra même explorer la cavité de l'abcès, dilacérer les tissus malades au doigt ou à la sonde cannelée, énucléer les ganglions accessibles et terminer par un curettage soigneux. Pour ces auteurs, l'excision pure et simple des ganglions est difficile et n'est pas absolument indiquée.

Marion et Gandy se rangent plus ou moins à cette manière de voir : si l'adénite est encore relativement mobile, on pourra faire l'exérèse des ganglions atteints ; mais dès le moment où le tissu ganglionnaire participera à l'inflammation, il faudra se contenter d'une incision suivie d'un curettage. La plupart des autres auteurs penchent plus volontiers pour l'ablation systématique des ganglions et il n'y a plus entre eux que des nuances dans la technique

suivie. C'est là l'opinion de Brault et de Chavanne, d'Imbert.

L'incision à la période de fluctuation est en principe insuffisante et cette intervention reste généralement inutile. L'abcès se vide, mais la cavité abcédée ne se comble pas, l'orifice de sortie du pus au lieu de se fermer se fistulise et tout est à recommencer. Il faut donc extirper les ganglions. L'énucléation des ganglions au doigt ou à la soude, à travers l'incision, le curettage des parois de l'abcès, sont des interventions traumatisantes et sans effet. Les partisans du traitement chirurgical prônent en conséquence l'exérèse pure et simple.

M. le Dr Durand de Lyon qui a été avec MM. Nicolas et Favre l'un des premiers à signaler la poradénie inguinale et à en conseiller le traitement chirurgical, indique la technique suivante :

« Incision suivant le grand diamètre de la lésion, dissection de la peau de façon à atteindre sur toute sa périphérie les limites de la masse. On en pratique alors l'exérèse systématique, suivant la technique classique de l'évidement du creux inguinal. On sait que cet évidement prend pour guides les vaisseaux et qu'il se poursuit de la manière suivante : en haut et en dehors, recherche et section, entre deux ligatures, des deux branches de la sous-cutanée abdominale ; en dedans, même conduite vis-à-vis des honteuses externes. En bas, recherche et ligature de la saphène au point où elle plonge dans la masse pathologique. Au doigt et aux ciseaux mousse, on sépare

cette masse des plans profonds, muscles limitant en dedans et en dehors le triangle de Scarpa, région de l'arcade de Fallope et souvent le cordon spermatique, les piliers du canal inguinal. Peu à peu, ce travail amène le chirurgien vers les vaisseaux fémoraux qu'on reconnaît pour les ménager. A un moment, par dissection centripète, on arrive à voir que la masse soulevée ne tient plus que par la crosse de la saphène ; on la ligature et le paquet est emporté d'un dernier coup de ciseaux. La masse est toujours sus-aponévrotique, la dissection ne dénude donc pas les vaisseaux fémoraux. Il arrive pourtant parfois qu'un ou deux ganglions (ganglion de Cloquet) se trouvent profondément contre la veine fémorale ; la dissection alors doit se faire avec précaution. Suture soigneuse, drainage au point favorable. Ce drainage est indispensable, car l'opération laisse dans l'aîne une cavité souvent considérable dans laquelle la peau doit se déprimer pour la combler et cette cavité secrète assez abondamment.

Suites de l'intervention. — Dans presque tous les cas, on note une élévation thermique à 39 degrés ou même davantage. La température ne se maintient d'ailleurs pas. D'une manière générale, la réunion par première intention, est l'exception. La restauration des téguments excisés est parfois difficile. Il faut éviter les tractions sur la suture et mettre la cuisse en flexion.

On a souvent besoin d'avoir recours aux greffes.

La guérison par cicatrisation demande plus de deux mois en général. \

On a constaté un cas d'œdème lymphatique du membre inférieur correspondant, à la suite de l'exérèse ganglionnaire.

OBSERVATION (M. Ravaut)

X... vient consulter le 21 mars 1921 pour une adénite inguinale droite.

L'affection a débuté dans la première semaine de mars par quelques ganglions durs qui ont augmenté progressivement de volume. On ne relève aucune lésion de la verge, de l'anus, ou des membres inférieurs. La contagion ne peut être décelée.

En l'examinant, on trouve dans l'aîne droite une grosse masse du volume d'une mandarine avec empâtement de péri-adénite. A la surface de la tuméfaction, la peau est rouge chaude. La palpation est douloureuse.

Le malade est revu le 2 avril et une ponction à la pipette est pratiquée dans la masse, ramollie au centre. On retire un pus visqueux et grisâtre.

Le 11 avril, le malade est opéré. Le chirurgien enlève une masse du volume d'une grosse mandarine, adhérente à la gaine d'enveloppe et au corps musculaire du pectiné, se prolongeant même entre ce muscle et le moyen adducteur. Le ganglion de Cloquet et le ganglion crural interne, tous deux suppurés, sont extirpés.

Toute la chaîne iliaque, aussi haut que l'on peut remonter est enflammée. On ne l'extirpe pas. Quelques cordons lymphatiques sont prélevés.

La cicatrisation est complète le 2 mai.

Pas de suites opératoires.

Les examens biologiques et bactériologiques avaient été négatifs.

Il est certain que le traitement chirurgical a donné de beaux résultats. Malheureusement, les interventions incomplètes assombrissent souvent le pronostic et la récédive se produit parfois. La mutilation, les cicatrices vicieuses, le risque de l'anesthésie, font maintenant préférer le traitement médical.

B. — Traitement médical

On a travaillé avec opiniâtreté dans certains services hospitaliers : le but était d'éviter aux malades atteints de poradénie inguinale les risques d'une intervention chirurgicale. Nous sommes heureux d'être les premiers à signaler la parution prochaine d'un mémoire de M. le D^r Ravant, portant sur l'étude d'une trentaine de malades atteints de cette affection. Les observations ci-incluses sont tirées de ce mémoire que la bienveillance de M. Ravaut nous a permis de compiler.

Ces adénopathies à suppuration persistante ont longtemps fait croire une origine tuberculeuse. Il n'est donc pas étonnant que l'on ait essayé dans ce cas les ponctions suivies d'injections de liquides modificateurs.

Des ponctions répétées enlevèrent de 3 à 5 centimètres cubes de pus que l'on remplaça par 1 à

2 centimètres cubes d'éther-iodoforme, de liquide de Calot ou d'une solution contenant xylol-iodoforme.

Les résultats ne furent d'ailleurs pas brillants. L'on remarqua parfois une légère régression des symptômes. Mais cette régression ne dura pas.

On essaya aussi l'air chaud et la chaleur radiante. Nous n'avons pu relever aucun succès avec l'emploi de cette méthode.

Enfin, il est des cas où le néo-salvarsan et le cyanure de mercure donnèrent des résultats appréciables. Il s'agissait la plupart du temps de malades ayant eu la syphilis. Dans cet ordre d'idées, nous présentons l'observation suivante :

OBSERVATION (M. Ravaut). Résumée

X... entre à l'hôpital le 16 février 1921 pour une tumeur dure de l'aîne droite. L'affection a débuté, il y a une dizaine de jours par une grosseur non douloureuse, ayant augmenté progressivement. Le dernier coït remonte à six semaines environ.

On constate, dans l'aîne droite, une masse dure du volume d'un œuf, semblant formée de ganglions agglomérés par de la péri-adénite. Il n'y a pas d'adénopathie gauche. Mais on trouve sur le fourreau de la verge, près du limbe préputial, un petit nodule rosé, gros comme un grain de blé, légèrement infiltré, non suintant, centré par une petite croûte jaunâtre. Ce nodule est indolore ; le malade, ne l'ayant pas remarqué, ne peut préciser la date de son apparition.

Le 20 février, le centre est ramolli. Une ponction à la pipette ramène un pus séro-sanguinolent.

Le malade, ayant eu la syphilis en 1909 est mis au traitement. Il reçoit d'abord un traitement d'iodure de potassium, à la dose de 2 grammes par jour et d'Hectine B, du 17 au 23 février.

A partir du 24 février, on lui fait une série de 10 piqûres de novarsenobenzol à doses croissantes et 20 de cyanure de mercure à 1 centigramme.

Le 16 mars, on note, à la racine de la verge et sur la partie droite des bourses, la formation d'une petite plaque indurée, doublant le tégument, légèrement rosée.

Le 23 mars, il y a en ce point un petit abcès fluctuant que l'on ponctionne à la pipette. Une fois vidée, cette collection ne se reforme pas.

Pendant l'évolution de cet abcès, l'adénopathie inguinale ne semble pas avoir évolué.

C'est seulement à partir du 20 mars qu'on constate une diminution de l'adénite qui a nettement rétrocedé le 4 avril.

Cette observation ne donne pas une preuve absolue de l'efficacité du traitement arsenical et mercuriel dans la paradénie inguinale. Il nous a paru cependant intéressant de la reproduire, étant donné que la cicatrisation des lésions s'obtient en deux mois, ce qui nous paraît être une terminaison rapide de la poradénie inguinale suppurée.

Nous aborderons maintenant l'étude des médications qui, jusqu'alors, ont donné les résultats les meilleurs. Ce sont :

Le chlorhydrate d'émétine ;

L'iode ;

Les rayons ultra-violets.

Nous terminerons en exposant le succès que nous avons obtenu par le sulfate de cuivre ammoniacal, dans le service de M. le professeur Carnot qui fut l'inspirateur de cet essai thérapeutique.

1. *Traitement par le chlorhydrate d'émétine*

En examinant entre lame et lamelle, le pus secrété par plusieurs fistules, M. le Dr Ravaut put constater à côté de gros macrophages, la présence de grosses cellules ayant l'aspect d'amibes et qui, sous l'influence de la chaleur, présentèrent des mouvements amiboïdes très nets. Ces amibes rappelaient l'amœba coli. Pensant que ces amibes pouvaient jouer un rôle pathogène, il soumit aussitôt le malade aux injections d'émétine. Dès la première injection la douleur disparut presque complètement et la suppuration diminua considérablement ; après quinze jours de traitement, les fistules étaient complètement cicatrisées et le malade pouvait être considéré comme guéri.

Les doses d'émétine varient entre 4 et 10 centigrammes par jour. Aux doses élevées, quelques phénomènes d'intolérance furent constatés.

OBSERVATION (M. Ravaut)

D... entre à Broca le 22 février 1921 pour une adénopathie inguinale droite, datant de décembre 1920. Cette adénopathie a augmenté beaucoup de volume et semble vouloir suppurer. A ce moment, on constate dans l'aîne droite deux gros ganglions atteignant à eux deux le volume d'un œuf.

On ne trouve pas de porte d'entrée. Malgré le repos et les compresses chaudes, la tuméfaction inguinale augmente de volume et présente des signes de suppuration.

Le 15 mars 1921, l'incision donne issue à un pus séro-sanguinolent. Un Wasserman positif incite à faire un traitement antispécifique par le mercure et le novarsenobenzol.

Le traitement n'a aucune influence sur les lésions inguinales. La sécrétion n'est pas modifiée, le volume de la tumeur reste le même.

Dans l'aîne droite, il y a une tumeur dure, adhérente à a peau, du volume d'un œuf de pigeon. Au centre se trouve un orifice donnant issue continuellement à une sérosité jaune, visqueuse.

Le 27 mai, on commence un traitement par le chlorhydrate d'émétine intra-musculaire, à la dose de 8 centigrammes.

Dès la deuxième injection, il y a une amélioration nette. La sécrétion est moins marquée, le volume et la sensibilité des ganglions diminue.

Les injections, d'abord pratiquées, chaque jour dans les muscles, sont ensuite faites dans les veines.

Le 10 juin, les ganglions de l'aîne droite ont diminué des

deux tiers et ne sont plus douloureux ; la sécrétion est presque nulle. Il reste néanmoins une fistule profonde de 3 à 4 millimètres, alors qu'au début elle avait une profondeur de 2 centimètres.

Les ganglions de l'aîne gauche sont à peine perceptibles.

On continue le traitement à la dose de 4 centigrammes par jour.

Le 18 juin, l'écoulement est tari depuis trois jours. La fistule est asséchée.

L'examen du pus avait montré la présence d'amibes.

Cette observation est intéressante, car elle est le point de départ des nombreux succès thérapeutiques qui ont été obtenus soit avec l'émétine pure, soit avec émétine associée à l'iode.

2. Traitement par la solution de lugol

La solution iodo-iodurée de Lugol a donné parfois d'heureux résultats. La formule employée est la suivante :

Iode métallique.....	1 gr.
Iodure de potassium.....	2 gr.
Eau distillée.....	100 gr.

C'est un liquide brun foncé, homogène, limpide, transparent ; 1 centimètre cube renferme 1 centigramme d'iode métallique et 2 centigrammes d'iodure de potassium.

Il peut être employé, soit par voie intra-veineuse, aux doses de 1 à 5 centimètres cubes, soit par voie

buccale, par cuillerées à soupe, jusqu'à 5 par jour.

Nous empruntons les 2 observations suivantes à la thèse de Couppey sur « l'emploi de la solution iodo-iodurée de lugol ».

OBSERVATION I

M... René, monteur.

Entre à l'hôpital pour une tuméfaction de l'aîne droite le 22 novembre 1921.

Histoire de la maladie. — Le début en remonte à un mois environ. La tuméfaction est apparue progressivement, spontanément, sans que le sujet ait gardé le moindre souvenir d'une ulcération quelconque ayant pu servir de porte d'entrée, non plus que de contage possible. En même temps, douleurs inguinales, anorexie, nausées, vomissements, asthénie, amaigrissement, petits accès fébriles vespéraux suivis de sueurs abondantes.

Examen clinique. — Dans la région inguinale droite, tuméfaction bilobée du volume d'une orange, très dure, régulière, mobile sous la peau, moins mobile sur les plans profonds. Elle est formée de deux masses, l'une interne du volume d'un gros œuf, l'autre externe du volume d'un petit œuf.

En outre, profondément, derrière l'arcade, on sent une autre masse iliaque, du volume d'un gros œuf.

Sur la verge, le long du sillon balano-préputial, minuscules érosions. Au niveau des aisselles, des régions carotidiennes, des épitrochlées, ganglions légèrement augmentés de volume.

Rate : 14 et 12 centimètres.

Foie : 15 centimètres sur la ligne mamelonnaire, 10 sur la ligne xyphoïdienne. Température normale.

Evolution et traitement. — Le malade est d'abord mis en observation : son état s'aggrave ; la température atteint 38 degrés, la rate 16 centimètres.

Au niveau des ganglions, la peau rougit ; une fistule se forme qui laisse échapper un liquide visqueux et transparent.

Le 2 décembre, mise en œuvre des injections intraveineuses de solution de lugol, 5 centimètres cubes par jour. Dès lors, la température retombe à la normale ; la suppuration, d'abord prolongée par la formation d'un nodule cutané secondaire, se tarit rapidement ; l'adénopathie diminue.

Le 12 décembre, les veines du bras, après 10 injections de lugol, permettant difficilement la continuation de la médication par cette voie, on prescrit la solution de lugol par la bouche, à la dose de 3 cuillerées à soupe par jour.

Le 15 décembre, l'adénopathie iliaque n'est plus perceptible ; l'adénopathie inguinale a, dans ses deux masses, diminué de moitié.

Le foie mesure 12 et $7\frac{1}{2}$ et la rate 9 et $5\frac{1}{2}$.

Dans les jours qui suivent, malgré la continuation du traitement, l'amélioration se fait plus lente : les ganglions sclérosés et indurés résistent.

A l'occasion des fêtes de Noël, le malade sort, se fatigue, et le traitement est interrompu.

Le 29 décembre, il revient à l'hôpital : une rechute s'est produite et les ganglions se sont légèrement tuméfiés ; ce nodule cutané suppure à nouveau. On recommence le traite-

ment par la solution de lugol à la fois par voie veineuse et en injections intra-ganglionnaires.

Le 8 janvier, il ne persiste que des petites masses scléreuses, reliquat des ganglions.

Toutes les recherches, microbiologiques, sérologiques et expérimentales furent entièrement négatives.

OBSERVATION II (résumée)

B... Suzanne, 21 ans. Domestique.

Entrée à l'hôpital le 12 décembre 1921 pour une tuméfaction bilatérale de l'aine. Pas de contagion nette. Petite ulcération de la fourchette de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes.

L'adénopathie est bilatérale, mais surtout marquée à droite.

La température atteint 38°5.

Le foie mesure 16 sur 7,5 et la rate 11,5 sur 6.

Le 22 décembre, la malade est mise au traitement par la solution de lugol, 5 centimètres cubes intra-veineux par jour.

L'amélioration est alors rapide et évidente. L'ulcération se cicatrise avec rapidité.

Le 25 décembre, en raison du changement de service, le traitement est suspendu ; aussitôt, poussée thermique à 38°4.

Le 27 décembre, reprise du traitement : 5 centimètres cubes de lugol intra-veineux. Chute de la température. Les ganglions recommencent à diminuer.

Le 14 janvier 1922, les ganglions sont transformés en nodules fibreux.

Comme on le voit, par ces observations, l'iode a une action manifeste sur les processus morbides, tant locaux que généraux, de la poradénie inguinale.

3. Traitement par l'émétine et l'iode associés

Ainsi que les précédents chapitres l'ont démontré, l'iode et l'émétine, employés isolément, ont donné de bons résultats. Malheureusement ces résultats ne furent pas constants et de nombreux échecs déroutèrent les thérapeutes.

On fut alors amené à associer ces deux médications et les résultats se montrèrent alors beaucoup plus satisfaisants.

M. le Dr Ravaut, après plusieurs essais adopta la formule suivante :

1° Pendant deux jours : injections de 8 centigrammes de chlorhydrate d'émétine ;

2° Le reste de la semaine, emploi de la solution de lugol par voie intra-veineuse ou par voie buccale.

M. le Dr Dufour emploie la teinture d'iode mélangée à du lait, à la dose de 50 à 80 gouttes par jour. Il alterne avec le chlorhydrate d'émétine à doses croissantes de 4 à 8 centigrammes, jusqu'à saturation.

OBSERVATION I (M. Ravaut).

L'affection débute le 13 septembre 1921 par une ulcération du filet de la verge, quinze jours après un coït avec une femme qui n'est pas sa femme légitime. Celle-ci, examinée au moment, ne présente rien d'anormal.

Le 18 septembre, l'ulcération persiste et il apparaît dans l'aine un ganglion du volume d'un haricot, avec douleur et sensation de gêne. Le malade traite lui-même l'ulcération avec de la poudre de dermatol. Elle se cicatrise, puis se déchire à nouveau à la suite de coïts répétés avec sa femme légitime qui ne présente toujours rien d'anormal.

Le malade se plaint de poussées fébriles nocturnes ; l'adénopathie augmente.

Le 5 octobre 1921, il consulte dans une clinique. Un Bordet-Wassermann est négatif. On incise le ganglion ; il ne sort que du sang.

Du 5 octobre au 2 novembre, il reçoit sans résultat 10 injections de novarsenobenzol.

Le 24 novembre 1921, il vient consulter à l'Hôpital Broca, L'ulcération du filet est cicatrisée ; rien dans l'aine gauche. L'aine droite est bosselée de gros ganglions durs, occupant tout le triangle du Scarpa et adhérents aux plans profonds.

La tumeur a au moins le volume du poing ; à son niveau, la peau est rouge et l'on constate trois orifices fistuleux très fins, limités par une sorte de bourrelet. Il en sort une sérosité muco-purulente.

On note de petits ganglions épitrochléens durs.

La rate est perceptible et donne une matité de quatre tra-

vers de doigt. Le foie est normal. Le malade dit avoir de fréquentes poussées fébriles.

Les nombreuses recherches effectuées sont presque toutes négatives. L'inoculation au cobaye donne un nodule fibreux résorbé au bout de vingt jours. L'inoculation à la chambre antérieure de l'œil du lapin donne une taie légère qui évolue en un mois,

Les diagnostics de chancre mou, de bubons chancrelleux, de syphilis, de tuberculose sont éliminés.

On commence un traitement iodé intensif, par injections intra-veineuses de lugol et par voie buccale à la dose de 100 grammes par jour.

Le malade reçoit en outre 5 injections de chlorhydrate d'émétine de 4 centigrammes.

Le 10 décembre, les fistules ne donnent presque plus.

Le 17 décembre, il apparaît dans un des ganglions un point ramolli. On retire par ponction 2 centimètres cubes de pus.

Le malade cesse alors le traitement iodé ; il se croit guéri, monte à cheval, fait de la bicyclette.

Il est revu le 25 janvier. Il persiste encore de gros ganglions dans l'aine et un nouveau point de suppuration est apparu. La suppuration cède à dix jours de solution de lugol à 100 grammes par jour.

Le 23 février, les fistules sont cicatrisées. Les ganglions ont disparu et sont remplacés par des nodules fibreux.

Le 10 juin 1922, il revient pour la dernière fois. Il a pris, depuis février, un peu d'iode chaque semaine. On note la trace des orifices fistuleux sous forme de cicatrices puncti-

formes. Le bourrelet a disparu. La rate est redevenue normale.

OBSERVATION II (M. Dufour)

X..., âgé de 28 ans, ancien syphilitique, traité énergiquement, avec réaction de Bordet-Wassermann négative, et ancien paludéen.

Depuis deux mois, il est soigné sans résultat dans un service de chirurgie pour une affection douloureuse des ganglions inguinaux du côté droit, se présentant sous forme de multiples petits abcès en formation, ou déjà ouverts, dont le point de départ se trouvait dans les ganglions du pli de l'aîne. Il ne semblait pas avoir existé de porte d'entrée infectante au niveau des organes génitaux.

Le pus de ces abcès, peu abondant, était blanc, laiteux, visqueux, ne contenant pas de microbes, pas d'amibes et n'ayant pas tuberculisé le cobaye.

La numération globulaire montra des chiffres normaux.

Le malade présentait de l'albumine.

En l'espace de cinquante jours, cet homme reçoit 17 injections de chlorhydrate d'émétine, sous-cutanées d'abord, puis intra-veineuses à des doses de 4 à 8 centigrammes d'émétine dilué dans 10 centimètres cubes de sérum artificiel.

Pendant trente jours, il absorbe quotidiennement de 50 à 80 gouttes de teinture d'iode mélangée à du lait.

A la fin de ce traitement, le malade est sorti de l'hôpital complètement guéri, conservant seulement quelques indurations au niveau des ganglions primitivement lésés.

Ces deux observations sont choisies parmi un assez

grand nombre d'autres où l'association de l'émétine et de l'iode a montré sa valeur. On pourrait croire que le dernier mot de la thérapeutique de la poradénie inguinale a été dit : il n'en est rien. Nous examinerons maintenant les deux résultats excellents obtenus par les rayons ultra-violet et par le sulfate de cuivre. Il n'existe encore qu'une observation de ces méthodes. Il sera donc difficile de conclure.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT PAR LES RAYONS ULTRA-VIOLETS

Après échec de toutes les méthodes de traitement de la poradénie, M. Chauffard a été amené à essayer l'action des rayons ultra-violets. La rapidité de la guérison fut véritablement curieuse et nous ne pouvons faire autrement, dans cette thèse, que de citer cette observation si frappante :

OBSERVATION (Résumée)

F... 38 ans, manœuvre, entre à la clinique le 12 novembre 1923 pour diarrhée dysentérique et adénites suppurées inguinales bilatérales.

Le 1^{er} septembre 1923, il constate la présence dans l'aîne gauche d'une petite tumeur absolument indolente, qui atteint en quinze jours le volume d'une pomme. Elle est incisée le 15 octobre et la plaie opératoire tend à se fistuliser.

Vers la fin du mois d'octobre, apparaissent successivement deux tuméfactions analogues : la première dans l'aîne gauche au-dessus de la précédente, la deuxième dans l'aîne droite. La première est incisée et de nouveau la plaie se fistulise.

Le traitement médical, prescrit simultanément, consistait en absorption par la bouche de liquide de lugol.

A l'examen, on ne relève aucune porte d'entrée génitale.

Les examens du pus ne donnent aucun renseignement.

Il reçoit 6 injections de chlorhydrate d'émétine, à la dose de 6 centigrammes.

L'adénopathie ne se modifie pas.

Le sujet a alors été soumis à des applications de rayons ultra-violets : applications quotidiennes d'une durée de dix minutes, faites au moyen d'une lampe à quartz et mercure, élevée à 1 m. 50 au-dessus des téguments ; les parties génitales étaient protégées par des compresses de toile.

L'amélioration s'est manifestée dès la quatrième séance, et à la dixième, la guérison clinique s'avérait presque complète.

Douze irradiations furent pratiquées.

Il est malheureux que l'on n'ait encore pu contrôler sur d'autres cas, l'efficacité thérapeutique de ce traitement.

CHAPITRE V

SUR UN CAS DE PORADÉNIE INGUINALE, GUÉ- RIE PAR LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE SULFATE DE CUIVRE AMMONIACAL.

Le 27 janvier 1923, entre à l'Hôpital Beaujon un Alsacien de Colmar, âgé de 25 ans, vigoureux, bien constitué. Il vient dans le service pour une tuméfaction inguinale bilatérale et indolente. Aux dires du malade, cette tuméfaction s'est développée à la suite d'une chute sur la région inguinale gauche, survenue le 11 décembre 1922. Elle s'est produite rapidement et s'est accompagnée à ce moment d'une augmentation de volume du testicule gauche. Il n'avoue avoir contracté aucune affection génitale antérieure : pas d'écoulement, ni d'ulcération sur la verge.

Les accidents locaux se sont accompagnés d'un léger état fébrile (38 degrés, 38°5) de fatigue générale et ont nécessité l'alitement pendant une dizaine de jours environ.

Mais, ce n'est que le 27 janvier, six semaines après le début, que le malade demande son hospitalisation.

A l'examen, le malade présente, à cette date, au niveau de chaque région inguinale, une tuméfaction,

plus volumineuse à droite qu'à gauche, constituée par la coalescence de ganglions très volumineux, et de dimensions inégales, variant du volume d'une noix à celui d'un œuf et plus ou moins fusionnés.

Dans l'ensemble, cette tuméfaction s'étend peu vers le bas, au delà du pli de l'aîne : au contraire, en haut, du côté gauche notamment, elle peut être perçue profondément dans toute la partie externe de la fosse iliaque.

La consistance est dure, sauf en un point très limité de la partie externe de la masse inguinale gauche, ou, sur l'étendue d'une pièce d'un franc environ, la fluctuation est nette.

Aucune ulcération, ni aucune cicatrice d'ulcération au niveau des organes génitaux. Il n'existe aucune lésion en évolution ou ancienne du côté de l'anus. Les membres inférieurs ne présentent aucune plaie suspecte.

Enfin, il n'existe aucune autre tuméfaction ganglionnaire.

Devant ces adénopathies en voie de ramollissement, sans porte d'entrée visible, on pense qu'il s'agit de l'affection décrite en janvier 1913 par MM. Nicolas et Favre. La péri-adénite, l'extension aux ganglions de la fosse iliaque, l'absence d'état général mauvais, confirment notre idée :

Le diagnostic de lympho-granulomatose inguinale subaiguë est porté.

L'état général est satisfaisant, bien que la température oscille entre 37°5 et 38 degrés.

Le sujet est vigoureux ; il ne tousse pas, ne crache pas. A l'auscultation, on ne relève aucun signe.

L'examen du sang ne révèle qu'une légère leucocytose (1.100) avec polynucléose (85 o/o).

La réaction de Wassermann est négative.

On ponctionne alors, au niveau de la zone ramollie : on retire un pus visqueux, aspiré difficilement par la seringue.

A l'examen direct, on ne décèle aucun agent microbien : à l'état frais, aucune forme amibienne. Cet examen sera d'ailleurs répété plusieurs fois.

Par coloration sur lames, on ne trouve pas de bacilles de Kock, non plus que de bacille de Ducrey. Aucune forme microbienne n'est colorée.

Les cultures sur bouillon-ascite sont entièrement négatives.

Comme dans les autres cas de poradénie inguinale suppurée, on ne trouve donc pas de germe pathogène.

Un traitement par le chlorhydrate d'émétine est alors institué. Chaque jour, par voie sous-cutanée, le malade reçoit, en une série, 0 gr. 90 de chlorhydrate d'émétine. On n'observe aucune modification, dans un sens heureux. Bien au contraire, les ganglions tendent à grossir, deviennent adhérents et la masse fluctuante se rapproche de plus en plus des téguments. La peau s'amincit et rougit.

Un deuxième traitement est alors institué. On ponctionne les points fluctuants de la tuméfaction ganglionnaire. On retire chaque fois de 2 à 5 centi-

mètres cubes de pus et on injecte 1 à 2 centimètres cubes d'une solution huileuse de xylol-iodoforme. On pratique ainsi douze ponctions en différents points et en particulier à droite où presque simultanément deux zones nouvelles se sont ramollies.

Il semble, au début, se produire, sous l'influence des ponctions ou des injections, une légère régression; malheureusement celle-ci ne dure pas: d'autres ganglions se prennent, notamment dans la profondeur de la fosse iliaque. La tuméfaction cutanée grossit, rougit, se violace et devient de plus en plus fluctuante.

On substitue alors, à cette thérapeutique, un troisième traitement. On fait ingérer au malade de la liqueur de lugol à la dose de 2 à 4 cuillerées à soupe par jour pendant vingt jours. On ne note aucun succès. Les adénopathies locales augmentent et, au niveau des téguments, se constituent de petites fistules cutanées, entourées d'une zone rouge-violette, qui laissent écouler un pus visqueux, principalement lorsqu'on appuie sur les masses profondes. Le malade doit alors porter un pansement en permanence.

Enfin, on essaye, sans résultat également, l'air chaud et la chaleur radiante avec la chaîne de Delheim Gaiffe.

L'application de rayons ultra-violets, qui ont donné tout récemment un beau résultat à M. le professeur Chauffard, n'a pu être faite.

Vers la fin d'avril, quatre mois après le début

par conséquent, il existe 5 petits pertuis : une nouvelle adénite s'est constituée au niveau de la partie moyenne du triangle de Scarpa. Le processus infection est donc en extension progressive et sans aucune tendance à la guérison spontanée, tout au contraire.

Traitement par le sulfate de cuivre. — Se basant sur la valeur thérapeutique du sulfate de cuivre ammoniacal, dans certaines infections suppuratives, on institue un traitement :

Le malade reçoit alors chaque jour 4 centigrammes de sulfate de cuivre ammoniacal en solution à 4 o/o et par voie intra-veineuse, ceci en raison de la causticité des injections sous-cutanées.

Dès les premières injections, le sujet sent une amélioration : la tension diminue ; les masses ganglionnaires rétrocedent ; la suppuration des pertuis diminue et bientôt se tarit.

A la dixième injection, dixième jour du traitement, les masses inguinales sont en grande partie résorbées ; la suppuration est presque tarie et le sujet veut quitter l'hôpital, bien qu'il présente encore, au voisinage de l'épine iliaque gauche, une tuméfaction peu ancienne, du volume d'un œuf. Mais il revient tous les deux jours pour recevoir une injection : on lui fait encore 6 injections aux mêmes doses. La suppuration se tarit progressivement de façon complète.

Les pansements sont supprimés le 23 mai, toutes les fistules étant taries. Les adénopathies ont presque entièrement disparu.

Le sujet travaille, sans gêne, normalement. Il revient dans le service trois mois après, pour un ictère catarrhal ; la cicatrisation des anciennes lésions inguinales est complète et à peine visible : les adénopathies n'existent plus. L'état général continue à être excellent.

En résumé. — Après quatre mois d'un processus extensif et suppuratif, après échec de l'émétine, du xylol, du lugol, de l'air chaud et de la chaleur radiante, la guérison a été obtenue très rapidement, en dix jours, et dès les premières injections, à l'aide l'injections intra-veineuses de sulfate de cuivre ammoniacal (0 gr. 04 par jour).

La consolidation de cette guérison a été obtenue par 6 nouvelles injections (16 injections au total, représentant 0 gr. 64 de sulfate de cuivre) et le malade, revu trois mois après, restait entièrement guéri.

Il nous paraît donc intéressant d'appeler l'attention sur cette thérapeutique inoffensive. L'amélioration fut immédiate, la régression de la suppuration, la diminution du volume des chaînes ganglionnaires se produisirent rapidement. Le malade sortit après quelques jours, et continua de venir du dehors, pour recevoir ses injections.

Sa guérison totale et définitive se maintint et le malade, revu six mois après, reste complètement guéri.

Il ne s'agit que d'un cas unique, mais la netteté de cette guérison permet d'espérer d'autres succès dans les cas analogues.

CONCLUSIONS

De cette étude on peut conclure :

1° Le traitement chirurgical doit être complètement abandonné. Il est inutile de faire supporter à un individu une opération mutilante. Nous sommes suffisamment armés pour pouvoir lutter contre la poradénie inguinale sans avoir recours au bistouri ;

2° Le traitement par l'association iode-émétine a parfois donné d'heureux résultats, trop inconstants malheureusement, avec rechutes possibles si le traitement n'est pas assez opiniâtre ;

3° Les rayons ultra-violetts ont obtenu une guérison rapide et ont paru avoir une action énergique ;

4° Enfin, aucun traitement, jusqu'alors, n'a agi avec une aussi grande rapidité que dans le cas de M. le professeur Carnot, par l'emploi du sulfate de cuivre ammoniacal intra-veineux. Cette médication est d'autant plus intéressante qu'elle est absolument inoffensive.

Vu : le président de la thèse,
CARNOT

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL



BIBLIOGRAPHIE

- Brault (J.)*. — Traitement des adénites inguinales à forme aiguë et subaiguë (Lyon Médical, mars 1894).
- Chassaignac*. — Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, 1859, p. 354-355.
- Chavanne*. — Les adénites subaiguës de l'aîne. Thèse de Lyon, 1902.
- Chauffard et Thevenard*. — Guérison rapide par les rayons ultra-violetes d'une poradénite inguinale double suppurée (Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux du 13 décembre 1923).
- Coupepy*. — Emploi de la solution iodo-iodurée. Thèse de Paris, 1922.
- Dufour et Ferrier*. — Adénite inguinale subaiguë à foyers purulents intra-ganglionnaires. Guérison par le chlorhydrate d'émétine et la teinture d'iode (Soc. méd. des Hôp. 10 mars 1922).
- Dugas*. — Du traitement des adénites inguinales inflammatoires par l'extirpation. Thèse de Montpellier, 1909.
- Durand, Nicolas (J.) et Favre (M.)*. — Lympho-granulomatose inguinale subaiguë, d'origine génitale probable, peut-être vénérienne (Soc. méd. des Hôp., 6 février 1913).
- Lympho-granulomatose localisée de l'aîne (Lyon médical, 1^{er} mai 1913).
- Gaté (J.)*. — Lympho-granulomatose inguinale subaiguë. Thèse de Lyon, 1913.
- Imbert (L.)*. — De l'extirpation des adénites inguinales inflammatoires (Lyon chirurgical, 1^{er} septembre 1909).
- Lejars*. — Article « Adénite subaiguë et chimique simple in traité de Chirurgie de Duplay et Reclus, 1897, t. I.
- L'Hardy*. — De l'adénite subaiguë simple de l'aîne à foyers purulents intra-ganglionnaires. Thèse de Paris, 1895.
- Louste et Thibault*. — Lympho-granulomatose inguinale subaiguë chez une femme (Société française de Derm. et de Syphil., 12 juillet 1923).

- Marion (G.) et Gandy (C.).* — L'adénite subaiguë de l'aine (Archives générales de Médecine, 1901).
- Nélaton.* — De l'adénite subaiguë simple à foyers purulents intra-ganglionnaires (Clinique chirurgicale. Semaine Médicale, 1890, p. 402).
- Nicolas et Favre.* — Lympho-granulomatose inguinale subaiguë. Ulcère vénérien adénogène (1^{er} Congrès des Dermat. et Syphil. de langue française. Séance du 7 juin 1922).
- Phylactos.* — Thèse de Lyon, 1922.
- Pigeon et Tanton.* — Contribution à l'étude d'une variété particulière d'adénite inguinale (Archives générales de Médecine, 1908).
- Ravaut.* — Traitement de la lympho-granulomatose par l'émétine (Soc. méd. des Hôp., 10 juin 1921).
- Ravaut, Boulin et Rabeau.* — Sur une variété de poradéno-lymphite suppurée bénigne à forme septicémique : ses rapports avec la lympho-granulomatose inguinale subaiguë de Nicolas et Favre (Presse médicale, 27 mai 1922).
- Ravault et Scheikevitch.* — Fréquence inusitée de la lympho-granulomatose subaiguë (Soc. méd. des Hôp., 4 mars 1921).
- Velpeau.* — Article « Adénites » in Dictionnaire de Dechambre, 1865.

